

## تدوین و ارزیابی شاخص‌های گسترش دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی در جهت یکپارچه‌سازی خدمات در ایران (یک مطالعه کیفی و کمی)

سیده سمیه حسینی\* - پژوهشگر پسادکتری زیر نظر صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران با همکاری دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
مسعود تقوایی - استاد تمام جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده جغرافیا و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۶

### چکیده

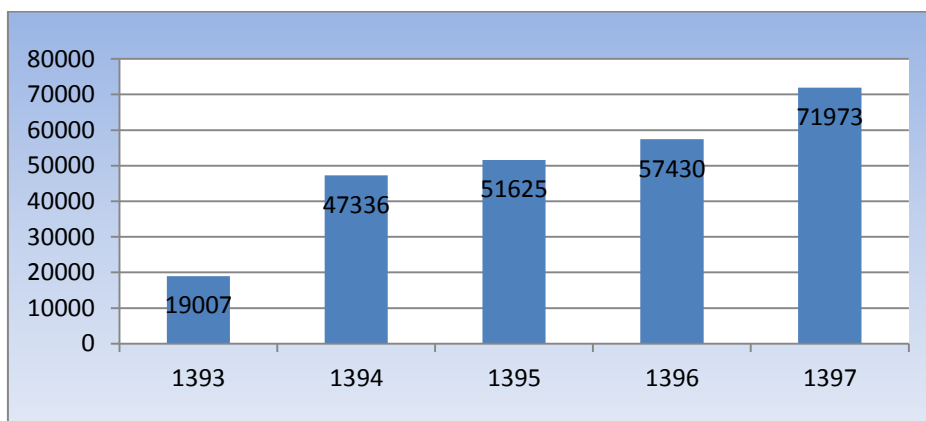
گردشگری پزشکی به‌عنوان یک فعالیت اقتصادی مبتنی بر ارائه خدمات یکپارچه توسط دو بخش پزشکی و گردشگری طی سال‌های اخیر رشد چشم‌گیری داشته است. توسعه این بخش از صنعت گردشگری در جهت یکپارچه‌سازی خدمات در ایران می‌تواند به‌عنوان یک سیاست مؤثر برای افزایش جذابیت ایران، به‌عنوان یک مقصد، مزیت رقابتی جدیدی برای کشور ایجاد کند. در این مطالعه ترکیبی از روش‌های کیفی و کمی استفاده شد. در مرحله اول تحلیل محتوا (مبتنی بر نظریه بنیادین) به‌منابۀ استراتژی تحقیق انتخاب و از نرم‌افزار MAXQDA-18 برای تجزیه و تحلیل بهره گرفته شد. سپس، داده‌های مستخرج شده در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار خبرگان قرار گرفت و به‌نهایی شدن شاخص‌ها منجر شد. در مرحله دوم با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره نظیر DEMATEL فازی میزان تأثیرپذیری و تأثیرگذاری شاخص‌ها مشخص شد و سپس با استفاده از تکنیک AHP به‌رتبه‌بندی اهمیت شاخص‌ها پرداخته شد. در نتیجه عوامل مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی در غالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص با توجه به توانمندی‌ها، مزیت‌های نسبی، و امکانات موجود ارائه خدمات در کشور به‌منظور ظرفیت‌سازی بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری پزشکی و با رویکرد یکپارچه‌سازی در ارائه خدمات جهت رفاه حال گردشگران و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق شناسایی، دسته‌بندی، و سپس اولویت‌بندی شدند که با در نظر گرفتن کلیه عوامل به صورت یکپارچه توجه ویژه‌ای به شاخص‌ها و زیرشاخص‌های دارای اولویت توسط مسئولان امر ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تحلیل محتوا، تصمیم‌گیری چندشاخصه، دهکده‌های سلامت، شاخص، گردشگری پزشکی.

## مقدمه

گردشگری پزشکی زیرمجموعه‌ای از گردشگری سلامت است (کاررا و بریج، ۲۰۰۶) که طی چند دهه گذشته یکی از محبوب‌ترین و سریع‌ترین روندها در حال رشد را در صنعت بهداشت و درمان و گردشگری داشته و امروزه در بازارهای گردشگری بخش رو به رشدی از بازار را به خود اختصاص داده است (بوکمن و بوکمن، ۲۰۰۷). در حال حاضر، بسیاری از کشورهای در حال توسعه با درک پتانسیل و فرصت‌های بزرگ به این مسابقه پیوسته‌اند و به طور جدی پیگیر سیاست‌های مؤثر برای افزایش جذابیت خود به‌عنوان یک مقصد برای این بخش بسیار سودآور از صنعت گردشگری جهانی هستند (هندرسون، ۲۰۰۴) و یک جریان رقابتی برای فهمیدن اینکه چه کشورهایی در این صنعت در حال رشد جهانی سرمایه‌گذاری خواهند کرد وجود دارد (دبرا، ۲۰۱۷: ۱). این صنعت نتیجه مستقیم جهانی‌شدن خدمات مراقبت‌های سلامت (لانت و کاررا، ۲۰۱۰) و گردشگری است که نشان‌دهنده اتحاد حداقل بین دو بخش درمان پزشکی و گردشگری است که خود پتانسیل اقتصادی عظیمی را برای اقتصاد جهانی تشکیل می‌دهد (بوکمن و بوکمن، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، گردشگری پزشکی به‌منزله یکی از اجزای صنعت گردشگری، از طریق هتل‌ها، شرکت‌های هواپیمایی، فعالیت‌های رفاهی تفریحی، و همه زیرساخت‌های مرتبط با صنعت گردشگری در ارتباط است (ترنر، ۲۰۱۱: ۱) و با دیگر مؤسسات مثل بیمارستان‌ها، شرکت‌های بیمه، و آژانس‌های مسافرتی جدیدالتأسیس هماهنگی پیدا می‌کند (یو و کو، ۲۰۱۲: ۸۱). گردشگری پزشکی نه تنها شامل درمان‌های ضروری و انتخابی پزشکی (جراحی و غیرجراحی)، بلکه درمان‌های تندرستی همراه با خدمات برای اقامت، سرگرمی، غذا و نوشیدنی، تور یا جست‌وجوی جاذبه‌های یک مقصد را نیز دربر می‌گیرد (هال، ۲۰۱۱). در مطالعات اخیر برآورد شده است که صنعت گردشگری پزشکی جهان در حدود ۶۰ میلیارد دلار در سال تولید می‌کند که سالانه حدود ۲۰ درصد افزایش می‌یابد (هیونگ و همکاران، ۲۰۱۱). طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت و انجمن گردشگری پزشکی، تخمین زده می‌شود درآمد گردشگری پزشکی در جهان با ادامه روندهای موجود و با رشد نمایی در ۲۰۲۵ به ۳ تریلیون دلار برسد (قلی‌پور سوتو و همکاران، ۱۳۹۷). این صنعت نقش مهمی در شکل‌دادن به آینده مراقبت‌های پزشکی در سطح جهانی ایفا می‌کند؛ زیرا در تقاطع‌های در حال رشد فناوری، اقتصاد، روابط فرهنگی و سایر روابط بین‌الملل قرار دارد و اغلب به‌عنوان یک شکل جدید از گردشگری که گردشگران جهت معالجات و خدمات پزشکی به مقصدهای خارجی سفر می‌کنند به‌تصویر کشیده می‌شود (کوک، ۲۰۱۰). سرمایه‌گذاری در این بخش وسیله افزایش درآمد، بهبود خدمات، تولید درآمد ارز خارجی، ایجاد تعادل مطلوب‌تر تجارت، و به طور کلی افزایش گردشگری است (کانل، ۲۰۰۶، ۲۰۱۱؛ هیونگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ یه و همکاران، ۲۰۱۱). افزایش محبوبیت آن نیز به دلیل هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای صنعتی، سهولت و مقرون به صرفه بودن مسافرت‌های بین‌المللی، سرعت پیشرفت تکنولوژی و استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورهای جهان، و ایمنی ثابت سلامت در کشورهای خارجی انتخاب شده است (هروویتس و همکاران، ۲۰۰۷؛ اوپدیا یا و سوونی، ۲۰۰۸). طبق رده‌بندی‌های صورت‌گرفته، ایران در میان کشورهای برتر جذب‌کننده گردشگر پزشکی جایگاهی ندارد و گام‌های نخستین را طی می‌کند (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۳)، اما از نظر ارزش در جهانگردی پزشکی، توسط IMTJ به‌عنوان دهمین کشور برتر گزارش شده است (گزارش بازار جهانی، گردشگری و سفرهای پزشکی، ۲۰۱۸). در این پژوهش سعی شد عوامل و شاخص‌های مرتبط با توسعه دهکده‌های سلامت با توجه به توانمندی‌ها، مزیت‌های نسبی، امکانات موجود ارائه خدمات در کشور به‌منظور ظرفیت‌سازی بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری پزشکی و با رویکرد یکپارچه‌سازی در ارائه خدمات، جهت رفاه حال گردشگران این بخش و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق شناسایی و تدوین شود. تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های مشابه تدوین و ارزیابی ابعاد گوناگون توسعه گردشگری سلامت (حوزه تندرستی و

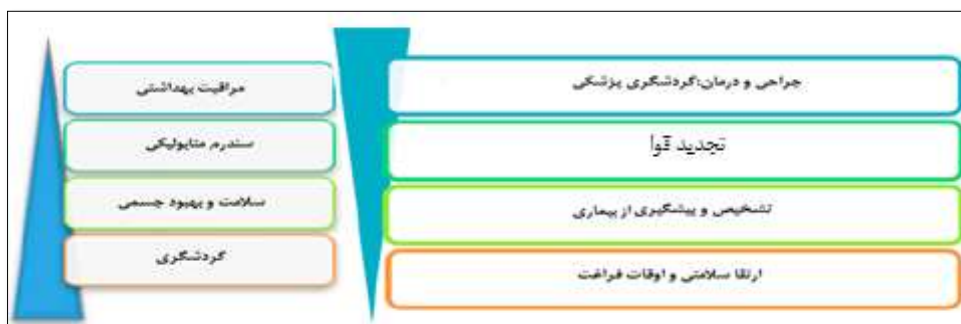
پزشکی طبقه‌بندی شده توسط اسمیت و پوچکو، 2009) با تأکید بر گردشگری پزشکی و در راستای گسترش دهکده‌های سلامت با استفاده از یک روش ترکیبی (کیفی - کمی) است که در مراحل مختلف این تحقیق به تفصیل به آن پرداخته شده است.



شکل ۱. تعداد گردشگران پزشکی (خارجی) مراجعه کننده به ایران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۸)

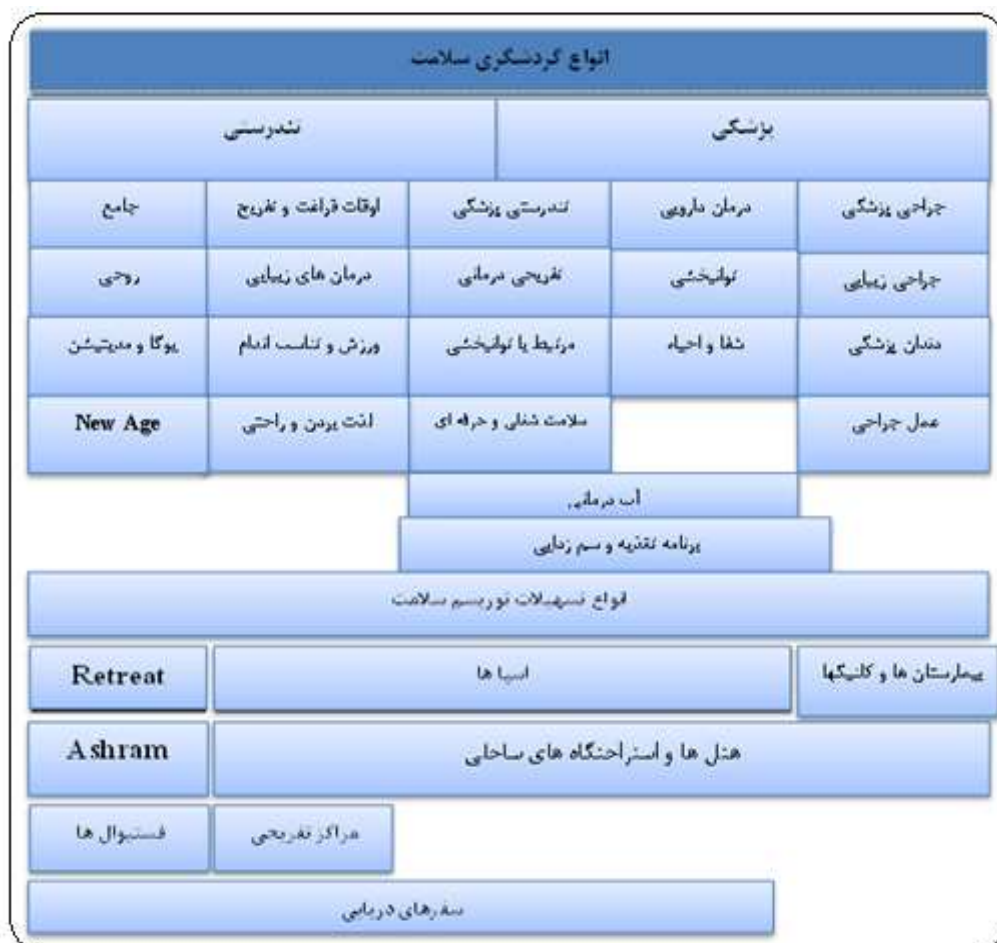
### مبانی نظری

تقسیم‌بندی‌های مختلفی از گردشگری سلامت شده است. مولر و کافمن (۲۰۰۱) گردشگری سلامت را به دو بخش درمانی و بازاریابی از دید گردشگران طبقه‌بندی کرده‌اند. در این تقسیم‌بندی، گردشگری صحت (تندرستی) و گردشگری پیشگیرانه در هم ادغام شده‌اند (مولر و کافمن، ۲۰۰۱)، در حالی که در تقسیم‌بندی ترام (۲۰۰۶) گردشگری سلامت شامل گردشگری درمانی (پزشکی و جای‌گزین)، گردشگری صحت، و گردشگری پیشگیرانه است (ترام، ۲۰۰۶). همچنین، مؤسسه تحقیقات گردشگری ژاپن (JITR)<sup>۱</sup> گردشگران سلامت را از دیدگاه متخصصان به چهار نوع تقسیم کرده است که در شکل ۲ ذکر شده است (مؤسسه تحقیقات گردشگری ژاپن، ۲۰۱۰).



شکل ۲. دسته‌بندی گردشگری سلامت بر اساس جنبه‌های پزشکی و تفریحی (لی و لی، ۲۰۱۹)

به‌روزترین تقسیم‌بندی از مدل گردشگری سلامت (شکل ۳) گردشگری سلامت طبقه‌بندی شده توسط اسمیت و پوچکو است. در این تقسیم‌بندی گردشگری سلامت به دو زیرمجموعه تندرستی و پزشکی تقسیم می‌شود و تندرستی پزشکی بین دو زیرمجموعه ذکر شده بیان شده است (اسمیت و پوچکو، ۲۰۰۹).



شکل ۳. تقسیم‌بندی گردشگری سلامت توسط (اسمیت و پوچکو، ۲۰۰۹)

در جدول ۱ دسته‌بندی‌های مختلف توریسم سلامت بر حسب عوامل گوناگون از قبیل دلایل و اهداف استفاده از خدمات و درمان‌های سلامت، نوع و محل ارائه خدمات، حوزه خدمات تهاجمی، شخص ارائه‌دهنده خدمات سلامت، نوع درمان و عوامل تمایزبخش آن‌ها (توریسم سلامت، توریسم تندرستی و اسپا، توریسم پزشکی، توریسم پزشکی مربوط به زیبایی) ذکر شده است.

## جدول ۱. عوامل تمایزبخش گردشگری سلامت

دسته‌بندی	توریسم سلامت	توریسم تندرستی و اسپا	توریسم پزشکی	توریسم پزشکی مربوط به زیبایی
دلیل استفاده از خدمات سلامت	مدیریت بیماری‌های مزمن، توان‌بخشی، پیشگیری و نیز ارتقا و آموزش سلامت	استراحت و تقویت روحیه	درمان بیماری‌ها، بازسازی تناسب اندام، بهبود ظاهر	بهبود وضعیت روحی و سلامتی، بهبود اعتمادبه‌نفس
هدف از دریافت درمان‌های سلامت	درمان بیماری‌ها، توان‌بخشی، و بهبود سلامت عمومی	دستیابی به سلامت ذهنی مناسب	حفظ یا دستیابی به سلامت و ظاهر بهتر بدن	از بین بردن نمای ظاهری
نوع ارائه خدمات سلامت	درمان توان‌بخشی	درمان آرامش‌بخش	روش‌های جراحی	درمان غیرجراحی
محل ارائه خدمات سلامت	بیمارستان‌های اسپا، کلینیک‌ها، درمان‌های جای‌گزین، سناتوریم، کلینیک‌های فیزیوتراپی	مراکز اسپا، مراکز ماساژ، مراکز تندرستی	مراکز پزشکی سنتی، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی پلاستیک، و مؤسسات تحقیقاتی	کلینیک‌های زیبایی پزشکی
حوزه خدمات تهاجمی	غیرتهاجمی	غیرتهاجمی	عمیقاً تهاجمی، انجام‌دادن در بیهوشی کامل	روش غیرتهاجمی یا حداقل تهاجمی که بدون بی‌حسی یا بی‌حسی موضعی انجام می‌شود
شخص ارائه‌دهنده خدمات سلامت	فیزیوتراپیست	متخصص زیبایی	پزشک	پزشک
نوع درمان	درمان از طریق منابع دارویی طبیعی منطقه‌ای	درمان با استفاده از منابع طبیعی، کرم، با استفاده از آخرین دستاوردهای زیبایی‌شناسی	درمان جراحی و دارویی با استفاده از آخرین فناوری‌های پزشکی	درمان غیرتهاجمی با استفاده از آخرین پیشرفت در زیبایی‌شناسی پزشکی

منبع: پانفیلوک، ۲۰۱۶

## روش تحقیق

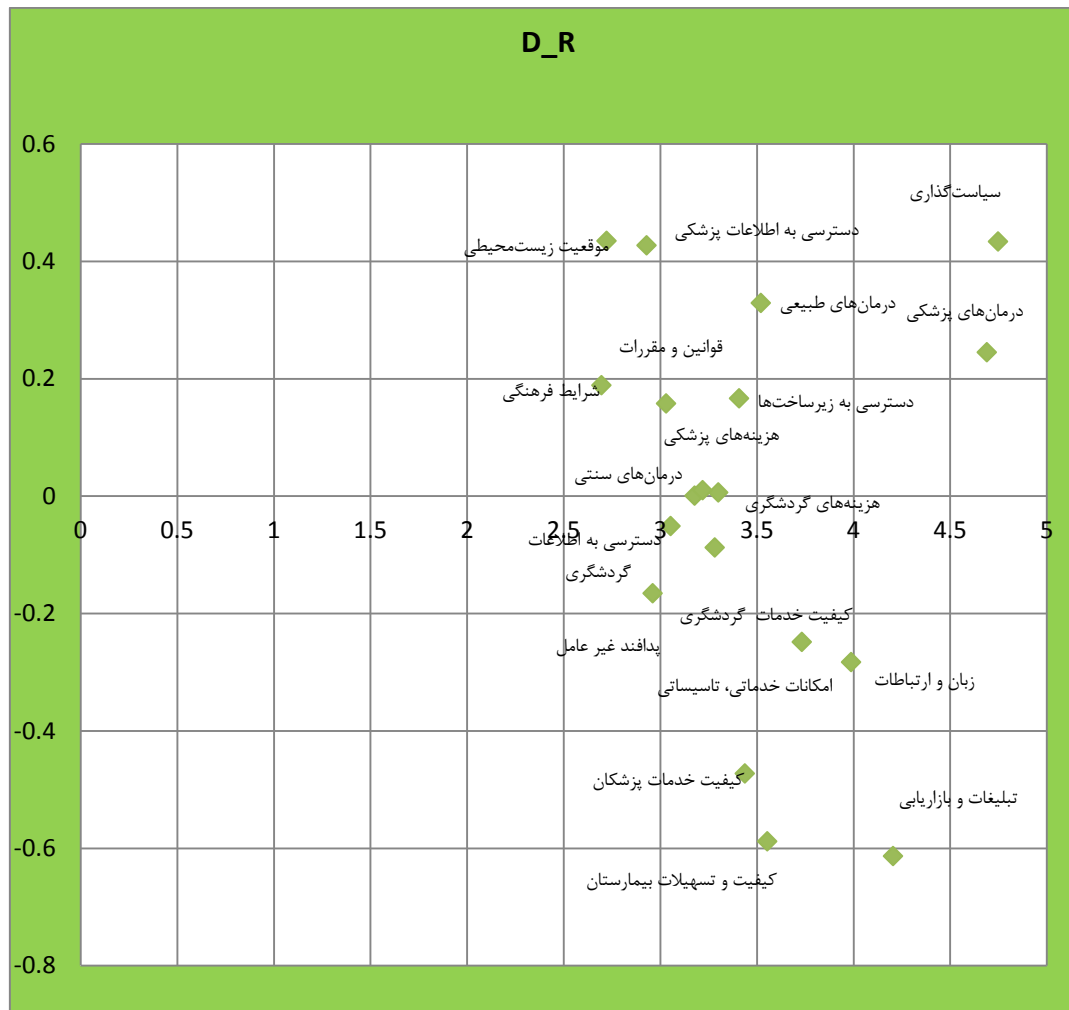
روش تحقیق حاضر بنیادی و با رویکرد تحقیق کیفی - کمی است. در این پژوهش در مرحله اول مطالعات منتشرشده در طی سال‌های ۱۹۶۹-۲۰۱۹ میلادی و ۱۳۹۸-۱۳۸۵ شمسی در حوزه گردشگری سلامت با تأکید بر پزشکی (مراجعه به منابع کتابخانه‌ای و جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی و تارنماهای معتبر و مستندات) جست‌وجو شدند که از میان ۳۰۰۰ مقاله یافت‌شده ۸۷ مقاله واجد معیار وارد مطالعه و مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی در راستای هدف تحقیق جمع‌آوری شد. بدین منظور، تحلیل محتوا به‌مثابه اولین استراتژی تحقیق انتخاب و از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری دسته‌بندی و از نرم‌افزار MAXQDA-18 برای تجزیه و تحلیل بهره گرفته شد. همچنین، شناسایی مدل‌ها و نظریات پشتیبانی‌کننده از شاخص‌های تعیین‌شده برای غنای شاخص‌ها در این پژوهش مورد توجه بود. شاخص‌های دسته‌بندی‌شده در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار استادان و مسئولان حوزه گردشگری سلامت متشکل از یک گروه هشت‌نفره (مدیر بخش گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان بخش گردشگری سلامت وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع‌دستی و استادان باسابقه در حوزه گردشگری سلامت) برای استخراج شاخص‌های نهایی (استخراج شاخص‌های جدید یا حذف شاخص‌های ضعیف) با استفاده از تکنیک گلوله برفی قرار گرفت و در نهایت به نهایی شدن شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها از طریق پانل خبرگان منجر شد. معمولاً، وقتی محقق از روش‌های کیفی استفاده می‌کند نیاز به شناسایی متغیرهایی دارد که بعداً ممکن است به صورت کمی آزمایش شوند. نظریه بنیادین یکی از روش‌های کیفی چندمنظوره است که شالوده اصلی آن استخراج کدها،

مفاهیم، و طبقه‌بندی‌هاست و شامل شناسایی و طبقه‌بندی (به‌عنوان روش) و محصول آن (به‌عنوان تئوری) (استرینگ، ۲۰۱۴) است. فرایند مورد استفاده در مرحله اول مطالعه حاضر مبتنی بر این نظریه بوده است. در مرحله دوم با یک رویکرد کمی با استفاده از روش DEMATEL فازی میزان تأثیرپذیری و تأثیرگذاری شاخص‌ها مشخص شد. سپس، برای وزن‌دهی و رتبه‌بندی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها از تکنیک AHP استفاده شد. جامعه آماری مرحله مقایسات زوجی یک گروه از استادان کلیدی حوزه گردشگری سلامت بوده است.

## یافته‌های پژوهش

نخست شاخص‌های شناسایی‌شده با روش تحلیل محتوا پس از بررسی‌های متعدد و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA-18 دسته‌بندی شد. کدگذاری محوری باعث می‌شود موضوعات فرعی (زیرشاخص‌ها) تصفیه‌شده در کنار هم جمع و روابط آن‌ها با شاخص‌ها مشخص شود. در طی این فرایند، شناسایی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها با مقایسه اطلاعات اعتبارسنجی شد. سرانجام، با توجه به بررسی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها و استفاده از پانل خبرگان اطلاعات اعتبارسنجی‌شده دوباره مورد ارزیابی محققان قرار گرفت و چارچوبی از شاخص‌ها به‌عنوان شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی ساخته شد. شاخص‌ها و زیرشاخص‌های تعیین‌شده در مرحله دوم با استفاده از تکنیک‌های کمی - چندشاخصه تجزیه و تحلیل شدند. در این مرحله، نخست شاخص‌ها از نظر تأثیرگذاری تأثیرپذیری ارزیابی شدند. سپس، به دلیل تعدد زیرشاخص‌ها به صورت جداگانه وزن‌دهی و اولویت‌بندی شدند. در این مطالعه از پژوهش ۸۷ محقق در قالب ۸۹ عنوان مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی به‌عنوان داده‌های اولیه با استفاده از روش اسنادی - تحلیلی برای شناسایی و تدوین شاخص‌ها استفاده شد. رایج‌ترین موضوعات که توسط بیشتر محققان ذکر شده بود مربوط به سه شاخص تجهیزات، هزینه، و کیفیت خدمات درمانی است. شاخص‌ها و زیرشاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی در قالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص کدبندی، دسته‌بندی، و تبیین شد و شامل عوامل کیفیت و تسهیلات بیمارستان، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران، کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری، دسترسی به اطلاعات پزشکی، دسترسی به اطلاعات گردشگری، دسترسی به زیرساخت‌ها، امکانات خدماتی، تأسیساتی، موقعیت زیست‌محیطی، شرایط فرهنگی، هزینه‌های پزشکی، هزینه‌های گردشگری، درمان‌های طبیعی، درمان‌های سنتی، درمان‌های پزشکی، و پدافند غیرعامل می‌باشند.

با استفاده از نتایج تحلیل کیفی در راستای هدف تحقیق، در مرحله دوم این مطالعه شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها به صورت کمی ارزیابی شدند. برای این منظور، با استفاده از روش DEMATEL فازی میزان تأثیرپذیری و تأثیرگذاری شاخص‌ها مشخص، سپس برای وزن‌دهی و رتبه‌بندی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها از تکنیک AHP استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ و شکل ۴ ملاحظه می‌شود، تأثیرپذیرترین شاخص‌ها با مقادیر (D-R) به ترتیب شامل تبلیغات و بازاریابی (۰/۶۱۳۶-)، کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی (۰/۵۸۸۲۵-)، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران (۰/۴۷۲۹۶-)، و زبان و ارتباطات (۰/۲۸۳۰۴-) است و موقعیت زیست‌محیطی (۰/۴۳۴۴۹-)، سیاست‌گذاری (۰/۴۳۳۵۹۹-)، دسترسی به اطلاعات پزشکی (۰/۴۲۶۹۸۲-)، درمان‌های طبیعی (۰/۳۲۹۰۴۲-)، و درمان‌های پزشکی (۰/۲۴۴۶۱-) بیشترین تأثیرگذاری را در شاخص‌های دیگر دارند.



شکل ۴. میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری شاخص‌ها بر یکدیگر (منبع: یافته‌های تحقیق)

با توجه به وزن شاخص‌ها در AHP، شاخص‌های درمان‌های پزشکی (۰/۰۸۵)، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران (۰/۰۷۹)، هزینه‌های پزشکی (۰/۰۷۵)، کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی (۰/۰۷۲)، درمان‌های طبیعی (۰/۰۶۹)، تبلیغات و بازاریابی (۰/۰۶۵)، دسترسی به اطلاعات پزشکی (۰/۰۶۲)، سیاست‌گذاری (۰/۰۵۸)، قوانین و مقررات (۰/۰۵۴)، و موقعیت زیست‌محیطی (۰/۰۵) به ترتیب در اولویت اول تا دهم در جهت توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی قرار گرفتند.

جدول ۲. مقادیر R+ D&amp;D-R (با استفاده از تکنیک دیمتل فازی) و وزن‌دهی (با استفاده از تکنیک AHP)

رتبه	وزن (AHP)	شاخص	(R+D)	شاخص	(D-R)	شاخص
۱	۰/۰۸۵	درمان‌های پزشکی	۴,۷۴۸۲۶۸	سیاست‌گذاری	-۰/۶۱۳۶۵	تبلیغات و بازاریابی
۲	۰/۰۷۹	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	۴,۶۹۰۹۱۳	درمان‌های پزشکی	-۰/۵۸۸۲۵	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی
۳	۰/۰۷۵	هزینه‌های پزشکی	۴,۲۰۵۰۰۴	تبلیغات و بازاریابی	-۰/۴۷۲۹۶	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران
۴	۰/۰۷۲	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	۳,۹۸۸۲۹۷	زبان و ارتباطات	-۰/۲۸۳۰۴	زبان و ارتباطات
۵	۰/۰۶۹	درمان‌های طبیعی	۳,۷۶۷۳۲۲	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	-۰/۲۴۸۸	امکانات خدماتی، تأسیساتی
۶	۰/۰۶۵	تبلیغات و بازاریابی	۳,۷۳۳۷۶۸	امکانات خدماتی، تأسیساتی	-۰/۱۶۵۸۴	پدافند غیرعامل
۷	۰/۰۶۲	دسترسی به اطلاعات پزشکی	۳,۵۲۱۷۴۳	درمان‌های طبیعی	-۰/۰۸۷۹	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری
۸	۰/۰۸۵	سیاست‌گذاری	۳,۴۰۸۲۷۵	دسترسی به زیرساخت‌ها	-۰/۰۵۱۴۴	دسترسی به اطلاعات گردشگری
۹	۰/۰۵۴	قوانین و مقررات	۳,۳۰۰۰۴۶	هزینه‌های گردشگری	۰/۰۰۰۷۱۴	هزینه‌های پزشکی
۱۰	۰/۰۵	موقعیت زیست‌محیطی	۳,۲۸۱۹۴	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری	۰/۰۰۶۲۰۶	هزینه‌های گردشگری
۱۱	۰/۰۴۷	پدافند غیرعامل	۳,۲۳۴۵۱۶	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	۰/۰۰۹۶۷۵	درمان‌های سنتی
۱۲	۰/۰۴۵	شرایط فرهنگی	۳,۲۱۹۷۰۲	درمان‌های سنتی	۰/۱۵۷۸۰۶	قوانین و مقررات
۱۳	۰/۰۴	زبان و ارتباطات	۳,۱۷۸۴۱۶	هزینه‌های پزشکی	۰/۱۶۶۳۴۸	دسترسی به زیرساخت‌ها
۱۴	۰/۰۳۹	دسترسی به زیرساخت‌ها	۳,۰۵۲۸۳۲	دسترسی به اطلاعات گردشگری	۰/۱۸۸۵۰۷	شرایط فرهنگی
۱۵	۰/۰۳۶	درمان‌های سنتی	۳,۰۳۰۱۵۵	قوانین و مقررات	۰/۲۴۴۶۱	درمان‌های پزشکی
۱۶	۰/۰۳۴	امکانات خدماتی، تأسیساتی	۲,۹۶۱۵۷	پدافند غیرعامل	۰/۳۲۹۰۴۲	درمان‌های طبیعی
۱۷	۰/۰۳۲	هزینه‌های گردشگری	۲,۹۳۹۲۹۶	دسترسی به اطلاعات پزشکی	۰/۴۲۶۹۸۲	دسترسی به اطلاعات پزشکی
۱۸	۰/۰۳	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری	۲,۷۲۲۶۳۴	موقعیت زیست‌محیطی	۰/۴۳۲۵۹۹	سیاست‌گذاری
۱۹	۰/۰۲۸	دسترسی به اطلاعات گردشگری	۲,۶۹۶۹۲۷	شرایط فرهنگی	۰/۴۳۴۴۹	موقعیت زیست‌محیطی

منبع: یافته‌های تحقیق

با توجه به اهمیت زیرشاخص‌ها در راستای هدف تحقیق، با استفاده از تکنیک AHP (جدول ۳) به اولویت‌بندی زیرشاخص‌های مربوط به هریک از عوامل پرداخته و در نهایت در هر دسته از عوامل زیرشاخص‌های مهم تعیین شد.



جدول ۳. مقادیر و وزن نهایی زیرشاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی (با استفاده از تکنیک AHP)

رتبه در AHP	وزن در AHP	زیرشاخص (کد گذاری باز)	شاخص (کد گذاری محوری)	رتبه در AHP	وزن در AHP	زیرشاخص (کد گذاری باز)	شاخص (کد گذاری محوری)
۱۲	۰/۰۳۵	اطلاعات بیمارستان ها و مراکز درمانی		۹	۰/۰۴۹	۱-۱-۱ استانداردهای بین المللی	
۷	۰/۰۶۴	اطلاعات پزشکان و کارکنان		۳	۰/۰۷۹	۲-۱-۱ تجهیزات پیشرفته	
۴	۰/۰۸۴	دستاوردهای پزشکی	۱-۲ دسترسی به اطلاعات پزشکی	۱۲	۰/۰۳۵	۳-۱-۱ شهرت خدمات پزشکی	۱-۱ کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی
۳	۰/۱۰۷	۱-۲ دسترسی به هزینه ها		۸	۰/۰۵۶	۴-۱-۱ اعتبار نامه	
۱	۰/۱۱	۵-۱ پیگیری درمان		۹	۰/۰۴۹	۵-۱-۱ پوش بیمه بین المللی	
۲	۰/۱۰۹	۶-۱ آمار بیماران		۴	۰/۰۷۴	۶-۱-۱ زمان انتظار	
۷	۰/۰۶۴	۱-۲-۲ منابع و جاذبه ها		۱۱	۰/۰۳۸	۷-۱-۱ وضعیت هتلینگ مراکز درمانی	
۶	۰/۰۶۶	۲-۲-۲ تأسیسات، تسهیلات و خدمات گردشگری	۲-۲ دسترسی به اطلاعات گردشگری	۳	۰/۰۷۶	۱-۲-۱ تخصص پزشک	۲-۱ کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران
۵	۰/۰۷۸	۳-۲-۲ اقلیم آسایش		۵	۰/۰۷۲	شهرت	
۱۵	۰/۰۲۱	۴-۲-۲ آمار گردشگران		۱۴	۰/۰۳۱	۳-۲-۱ گواهینامه بین المللی	
۱۴	۰/۰۲۹	۵-۲-۲ مراکز خرید		۲	۰/۰۷۷	۴-۲-۱ کیفیت مراقبت	
۱۱	۰/۰۴۴	۱-۳-۲ انرژی (برق، گاز)		۱	۰/۰۹۳	۱-۳-۱ امنیت گردشگری	
۱۰	۰/۰۴۷	۲-۳-۲ آب شرب		۱۰	۰/۰۳۹	۲-۳-۱ شرایط آب و هوایی	
۹	۰/۰۴۹	۳-۳-۲ شبکه ارتباطات	۳-۲ دسترسی به زیرساخت ها	۱۵	۰/۰۲۹	۳-۳-۱ تنوع جاذبه ها	
۸	۰/۰۶	۴-۲-۲ حمل و نقل (زمینی هوایی، دریایی)		۱۳	۰/۰۳۴	۴-۳-۱ عملکرد جاذبه ها	۳-۱ کیفیت خدمات و جاذبه های گردشگری
۱۳	۰/۰۳۳	۵-۲-۲ بانک		۷	۰/۰۶۹	۵-۳-۱ زیبایی و کیفیت جاذبه ها	
-	۱	-	جمع	۱۵	۰/۰۲۹	۶-۳-۱ تجهیزات فیزیکی مکان ها	
۳	۰/۱۴	۱-۱-۶ هزینه بیمارستان		۶	۰/۰۷۱	۷-۳-۱ آرامش محیط و فرصت استراحت	
۴	۰/۰۹۸	۲-۱-۶ حق ویزیت		-	۱	-	جمع
۱	۰/۲۰۲	۳-۱-۶ هزینه جراحی	۱-۶ هزینه های پزشکی	۱۲	۰/۰۴۳	۱-۱-۳ امکانات رفاهی - اقامتی	
۷	۰/۰۵۶	۴-۱-۶ هزینه بیمه		۱۳	۰/۰۴۱	۲-۱-۳ خدمات پذیرایی	
۲	۰/۱۷۷	۵-۱-۶ هزینه دارو		۶	۰/۰۷۳	۲-۱-۳ آژانس ها و تسهیلگران گردشگری پزشکی	۱-۳ امکانات خدماتی، زیربنایی، تأسیساتی
۸	۰/۰۵	۱-۲-۶ هزینه رواید		۶	۰/۰۷۳	۴-۱-۳ خدمات مالی و بانکی	
۵	۰/۰۹۶	۲-۲-۶ هزینه سفر و حمل و نقل		۲	۰/۰۸۱	۵-۱-۳ وضعیت پروازها	
۶	۰/۰۸۵	۳-۲-۶ هزینه غذا	۲-۶ هزینه های گردشگری	۱۴	۰/۰۴	۶-۱-۳ وضعیت جاده ها	
۵	۰/۰۹۶	۴-۲-۶ هزینه محل اقامت		۳	۰/۰۸	۱-۲-۳ قوانین و خطاهای پزشکی	
-	۱	-	جمع	۱۵	۰/۰۳۷	۲-۲-۳ قیمت گذاری واحد	
۳	۰/۰۵۴	۱-۱-۷ انواع آب درمانی		۱	۰/۰۸۲	۳-۲-۳ قوانین مربوط به بیمه های درمانی	
۱۰	۰/۰۲	۲-۱-۷ گل درمانی		۱۱	۰/۰۴۵	۴-۲-۳ مقررات مربوط به تسهیل ورود و خروج	۲-۳ قوانین و مقررات
۷	۰/۰۴	۳-۱-۷ لجن درمانی	۱-۷ درمان های طبیعی	۵	۰/۰۷۵	۵-۲-۳ قوانین مورد نیاز و جدید	
۱۰	۰/۰۲	۴-۱-۷ نمک درمانی		۸	۰/۰۶۵	۶-۲-۳ حفظ حریم خصوصی بیمار و محرمانگی اطلاعات	
۵	۰/۰۴۷	۵-۱-۷ برخورداری از آب و هوای کوهستان		۷	۰/۰۷۱	۱-۳-۳ سیاست های حمایتی	۳-۳ سیاست گذاری
۷	۰/۰۴	۶-۱-۷ آفتاب درمانی		۱۰	۰/۰۵۵	۲-۳-۳ سیاست های مدیریتی	

رتبه در AHP	وزن در AHP	زیرشاخص (کد گذاری باز)	شاخص (کد گذاری محوری)	رتبه در AHP	وزن در AHP	زیرشاخص (کد گذاری باز)	شاخص (کد گذاری محوری)
۴	۰/۰۴۸	۱-۲-۷ گیاه درمانی		۹	۰/۰۶	۳-۳-۳ سیاست های نظارتی	
۹	۰/۰۲۴	۲-۲-۷ زالو درمانی		۴	۰/۰۷۹	۴-۳-۳ سیاست‌های تبلیغاتی	
۱۰	۰/۰۲	۳-۲-۷ بو درمانی (آروماتراپی)		-	۱		جمع
۸	۰/۰۳۴	۴-۲-۷ ماساژ درمانی	۲-۷ درمان های سنتی	۶	۰/۱۰۴	۱-۱-۴ وجود مترجم	
۷	۰/۰۴	۵-۲-۷ طب سوزنی		۹	۰/۰۶۲	۲-۱-۴ مهارت های خاص زبان و ارتباطات بین فرهنگی پزشکان و کارکنان	
۱	۰/۰۶	۱-۳-۷ درمان نازایی		۷	۰/۰۹۳	۳-۱-۴ شیوه برخورد با گردشگران	۴-۱-۴ زبان و ارتباطات
۲	۰/۰۵۶	۲-۳-۷ خدمات قلب و عروق		۲	۰/۱۲۶	۴-۱-۴ همکاری های بین بخشی و فرابخشی	
۶	۰/۰۴۶	۳-۳-۷ جراحی مغز		۵	۰/۱۰۶	۵-۱-۴ همکاری های بین المللی	
۱	۰/۰۶	۴-۳-۷ پیوند اعضا		۳	۰/۱۲۱	۱-۲-۴ بسته گردشگری سلامت	
۶	۰/۰۴۶	۵-۳-۷ خون و انکولوژی	۳-۷ درمان های پزشکی	۱	۰/۱۸۴	۲-۲-۴ برندینگ	۲-۴ تبلیغات و بازاریابی
۵	۰/۰۴۷	۳-۷-۳-۷ عزیزشکی هسته ای		۸	۰/۰۹۱	۳-۲-۴ ویزای پزشکی	
۲	۰/۰۵۹	۷-۳-۷ خدمات دندان پزشکی		۴	۰/۱۱۳	۴-۲-۴ فناوری اطلاعات و ارتباطات	
۲	۰/۰۵۹	۸-۳-۷ خدمات درمان های چشم		-	۱	-	جمع
۱	۰/۰۶	۹-۳-۷ جراحی های زیبایی		۵	۰/۱۰۳	۱-۱-۵ فاصله از مسیل ها	
۱	۰/۰۶	۱۰-۳-۷ خدمات گوارش		۱۰	۰/۰۵۵	۲-۱-۵ فاصله از غسل ها	
۱	۰/۰۶	۱۱-۳-۷ خدمات ارتوپدی (توان بخشی، جراحی مفصل)		۴	۰/۱۱۳	۳-۱-۵ فاصله از کانون زلزله	۱-۵ موقعیت زیست محیطی
-	۱	-	جمع	۲	۰/۱۲۱	۴-۱-۵ کیفیت هوا	
۲	۰/۲۳۵	۱-۱-۸ امنیت روانی اجتماعی مردم محلی		۸	۰/۰۷۷	۵-۱-۵ استاندارد صدا	
۵	۰/۱۴۱	۲-۱-۸ پوشش روانی بیماران		۳	۰/۱۲۰	۶-۱-۵ کیفیت آب	
۳	۰/۲	۳-۱-۸ قاجاق	۱-۸ پدافند غیر عامل	۶	۰/۰۹۳	۱-۲-۵ قرابت فرهنگی - قومی	
۱	۰/۲۵۳	۴-۱-۸ بهداشت عمومی و بحران های بیماری های واگیر		۱۱	۰/۰۴۶	۲-۲-۵ قرابت مذهبی	
۴	۰/۱۷۱	۵-۱-۸ مهاجرت نیروی متخصص		۱	۰/۱۲۸	۳-۲-۵ شناخت فرهنگی	۲-۵ شرایط فرهنگی
-	۱	-	جمع	۹	۰/۰۶۳	۴-۲-۵ شباهت زبانی	
				۷	۰/۰۸۱	۵-۲-۵ فاصله یا نزدیکی به محل سکونت	
				-	۱	-	جمع

منبع: یافته‌های تحقیق

## بحث

در این پژوهش عوامل مرتبط با گسترش دهکده‌های سلامت در راستای توسعه گردشگری پزشکی، بازنگری و بررسی دهکده‌های سلامت موجود، پیشنهاد دهکده‌های جدید برای ایجاد پوشش لازم و جلوگیری از همپوشانی مضاعف در قالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص شناسایی، تدوین، و دسته‌بندی شد. فرایند مورد استفاده در این مرحله مبتنی بر نظریه بنیادین (گراندد تئوری) بوده است. در مطالعه لوح موسوی و همکاران (۱۳۹۶) عوامل شناسایی شده مرتبط با مکان‌یابی دهکده‌های سلامت مشتمل بر شش معیار (چشم‌انداز طبیعی، توپوگرافی، اقلیم، اقتصادی، درمانی، و کالبدی) و ۲۲ زیرمعیار در استان اصفهان بوده است. فتشیرین و استفانو (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به ارائه شاخص‌های توسعه گردشگری

پزشکی بر اساس نظریه رانشی کشتی پرداخته‌اند. در این پژوهش شاخص‌های توسعه صنعت گردشگری پزشکی با ساختاری چندبُعدی متشکل از محیط کشور، مقصد گردشگری، هزینه‌های پزشکی، تأسیسات و خدمات پزشکی و ۳۴ آیتم اساسی بوده است. در کل نتیجه مطالعه حاضر منجر به شناسایی عوامل و شاخص‌های مرتبط با توسعه دهکده‌های سلامت به‌عنوان یکی از راهبردهای اصلی جذب سرمایه‌های خارجی و افزایش درآمد کشور شد که با توجه به نقش مهم این صنعت در اقتصاد جهانی و نیاز مبرم کشور ایران به ارزآوری و توسعه علمی و مراودات فرهنگی می‌تواند به‌عنوان یک بازوی امنیت ملی بسیار حائز اهمیت باشد.

در خصوص فاکتورهای مرتبط با کیفیت خدمات و تسهیلات پزشکی و گردشگری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل توسعه گردشگری پزشکی تمرکز این پژوهش روی سه شاخص اصلی کیفیت و تسهیلات بیمارستان، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران، کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری با ۱۷ زیرشاخص است که از بین آن‌ها به ترتیب زیرشاخص‌های امنیت گردشگری، کیفیت مراقبت پزشکان و پرستاران، تجهیزات پیشرفته، تخصص پزشک، زمان انتظار، شهرت پزشک، آرامش محیط و فرصت استراحت، زیبایی و کیفیت جاذبه‌ها در اولویت قرار گرفتند. لیانگ و همکاران (۲۰۱۷) یک مدل ساختاری برای سه کشور جنوب شرقی آسیا یعنی سنگاپور، تایلند، و مالزی با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و ارزش ادراک‌شده ارائه داده‌اند. آن‌ها مهم‌ترین عامل در گردشگری پزشکی را کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌دانند. پژوهش اسمیت و فرجیون (۲۰۰۷) بیشتر بر عوامل مربوط به کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران تأکید دارد. یو و کو (۲۰۱۲) در پژوهشی بر فاکتورهای مربوط به کیفیت و تسهیلات بیمارستان شامل استانداردهای بیمارستان و اعتباربخشی مراکز پزشکی تأکید کرده‌اند. بهار و کوزاک (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای بر کیفیت خدمات گردشگری شامل استاندارد بهداشت و اصول بهداشتی، کیفیت خدمات گردشگری، کیفیت غذا و آشامیدنی داخلی، ارزش کلی پول، استاندارد تأسیسات و فعالیت‌ها برای کودکان، استاندارد امکانات اقامتی (سکوتی) توجه کرده‌اند.

با توجه به اهمیت فناوری اطلاعات و ارتباطات در بحث توسعه دهکده‌های سلامت و به تبع آن گردشگری پزشکی در این پژوهش، بحث دسترسی‌ها شامل سه شاخص اصلی و ۱۶ زیرشاخص است که دو مبحث مربوط به دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری در حوزه زیرساخت‌های الکترونیکی است. در این میان، زیرشاخص‌های دسترسی الکترونیکی به پیگیری درمان، دسترسی به آمار گردشگران سلامت جهت برنامه‌ریزی مسئولان این بخش از گردشگری، دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌های پزشکی، دستاوردهای پزشکی، دسترسی به اطلاعات مربوط به اقلیم آسایش جهت دهکده‌های سلامت، دسترسی به اطلاعات مربوط به تأسیسات، تسهیلات و خدمات گردشگری جهت رفاه گردشگران، دسترسی به اطلاعات پزشکان و کارکنان و منابع و جاذبه‌ها گردشگری در اولویت قرار گرفتند. نظریات پشتیبانی‌کننده از این شاخص‌ها عبارت‌اند از: مدل پون بعد فناوری اطلاعات (پون، ۱۹۹۳) و مدل مجمع جهانی اقتصاد بعد زیرساخت‌های الکترونیکی (شواب، ۲۰۱۷). گودرزی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای یکی از عوامل توسعه گردشگری پزشکی را فناوری اطلاعات و ارتباطات ذکر کرده‌اند و اذعان می‌کنند به‌کارگیری آن در حوزه‌های پزشکی و گردشگری موجب توسعه و ارتقای گردشگری پزشکی در کلان‌شهر شیراز می‌شود. شاخص سوم مربوط به دسترسی در این پژوهش شاخص زیرساخت‌هاست. نظریه مزیت رقابتی ملی عامل صنایع پشتیبان و مرتبط (پورتر، ۱۹۹۰)، مدل مجمع جهانی اقتصاد بعد زیرساخت‌های حمل و نقل (شواب، ۲۰۱۷)، مدل کروچ و ریچی بعد عوامل و منابع پشتیبان (کروچ، ۲۰۰۷)، مدل پایک منابع مزیت رقابتی بعد منابع توسعه‌داده‌شده (پایک، ۲۰۰۴) نظریات پشتیبانی‌کننده از این شاخص هستند.

عوامل مربوط به بخش زیربنایی و مقررات در این مطالعه شامل ۳ شاخص و ۱۶ زیرشاخص است که به ترتیب زیرشاخص‌های قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، وضعیت مناسب پروازهای داخلی و خارجی، قوانین مربوط به خطاهای پزشکی، سیاست‌های تبلیغاتی دولت در امر گردشگری سلامت، قوانین مورد نیاز و جدید، وجود آژانس‌های گردشگری پزشکی، کیفیت خدمات مالی و بانکی بین‌المللی و سیاست‌های حمایتی دولت‌ها، نسبت به دیگر زیرشاخص‌های این بخش حائز اهمیت بیشتری واقع شدند. نظریات مزیت رقابتی ملی عامل صنایع پشتیبان و مرتبط (پورتر، ۱۹۹۰؛ تیلانگواتی و شانکار، ۲۰۱۳)، مدل مجمع جهانی اقتصاد بعد زیرساخت‌های گردشگری (شواب، ۲۰۱۷)، و مدل کروچ و ریچی بعد عوامل و منابع پشتیبان (کروچ، ۲۰۰۷) از شاخص امکانات خدماتی، تأسیساتی و زیرشاخص‌های امکانات رفاهی - اقامتی، خدمات پذیرایی، آژانس‌های گردشگری پزشکی، خدمات مالی و بانکی جهت بیماران خارجی، وضعیت پروازها، وضعیت جاده‌ها پشتیبانی می‌کند. شاخص قوانین و مقررات (خطاهای پزشکی، قیمت‌گذاری واحد، قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، تسهیل ورود و خروج، قوانین مورد نیاز و جدید، حفظ حریم خصوصی) و سیاست‌گذاری (سیاست‌های حمایتی، سیاست‌های مدیریتی، سیاست‌های نظارتی، سیاست‌های تبلیغاتی) را نیز مدل مجمع جهانی اقتصاد بعد قوانین و مقررات سیاسی (شواب، ۲۰۱۷) پشتیبانی می‌کند. هیونگ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای ظرفیت، زمین، محیط فیزیکی، و بیمارستان‌های مجزا را فاکتورهای زیرساخت و سیاست‌های تبلیغاتی، نیاز به سیاست‌های جدید، قوانین و تشریفات را در حوزه سیاست‌گذاری جهت توسعه گردشگری پزشکی هنگ کنگ مهم قلمداد می‌کنند. تیلانگواتی و شانکار (۲۰۱۳) در پژوهشی مبتنی بر دیدگاه مبتنی بر منابع و نظریه مزیت رقابتی پورتر یکی از راهبردهای گردشگری پزشکی توسط مراکز درمانی را معطوف به قوانین و مقررات دولتی دانسته‌اند.

عوامل ارتباطات و بازاریابی شامل ۲ شاخص زبان و ارتباطات و تبلیغات و بازاریابی و ۹ زیرشاخص می‌باشند که پُراهمیت‌ترین آن‌ها در این بخش به ترتیب مربوط به زیرشاخص‌های برندینگ، همکاری‌های بین‌سازمانی و بین‌بخشی، بسته گردشگری، فناوری اطلاعات (مربوط به بازاریابی)، همکاری‌های بین‌المللی، وجود مترجم و نحوه برخورد مناسب با گردشگران است. نظریات و مدل‌های پشتیبانی‌کننده از این شاخص عبارت‌اند از: مدل بازاریابی ترکیبی بعد ارتقا (ریکافورت، ۲۰۱۱)، نظریه رانشی کششی بعد عرضه (فتشیرین و استفانو، ۲۰۱۶)، مدل پاپیک منابع مزیت رقابتی - بعد منابع ارتباطی، منابع توسعه‌داده‌شده و منابع اجرایی (پاپیک، ۲۰۰۴)، مدل کروچ و ریچی بعد مدیریت مقصد (کروچ، ۲۰۰۷). یانگ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای در بحث بازاریابی به تبلیغات، موقعیت‌یابی برند، مدل قیمت‌گذاری، و کانال بازاریابی توجه ویژه دارد. همچنین سرور و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی توسعه در زمینه ICT و بازاریابی اینترنتی محور در برنامه‌ها و فعالیت‌های تبلیغاتی را بسیار مهم می‌دانند.

در این پژوهش عوامل محیطی مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی شامل ۲ شاخص موقعیت زیست‌محیطی و شرایط فرهنگی است. نظریات پشتیبانی‌کننده از شاخص موقعیت زیست‌محیطی شامل دو مدل است: مدل کروچ و ریچی بعد مشخصه‌های کیفی و مدل دوایر و کیم بعد اکولوژیک (دوایر و کیم، ۲۰۰۳). عوامل مربوط به شرایط فرهنگی را نظریات، شرایط تقاضا (پاپیک، ۲۰۰۴؛ ناتورادی، ۲۰۱۵)، مدل کروچ و ریچی بعد منابع و جاذبه‌های محوری (کروچ، ۲۰۰۷)، مدل پاپیک منابع مزیت نسبی بعد منابع فرهنگی (پاپیک، ۲۰۰۴) پشتیبانی می‌کند. از بین عوامل محیطی زیرشاخص‌های شناخت فرهنگی، کیفیت هوا، کیفیت آب، فاصله از کانون زلزله، قرابت فرهنگی - قومی، فاصله یا نزدیکی به محل سکونت به ترتیب حائز اهمیت شدند. اولاش و انادول (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به شناسایی و تحلیل عوامل زیست‌محیطی کلان و خرد در بازار گردشگری پزشکی پرداخته‌اند. آن‌ها شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی - فرهنگی، حقوقی، تکنولوژیکی، و شرایط طبیعی را جزو عوامل کلان در نظر می‌گیرند.

عوامل مربوط به هزینه‌ها در دو شاخص هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های گردشگری با ۱۰ زیرشاخص تقسیم‌بندی شده‌اند. در مبحث مربوط به هزینه‌های معقول پزشکی و گردشگری به ترتیب هزینه‌های مربوط به جراحی، دارو، حق ویزیت، سفر و حمل و نقل و محل اقامت دارای اهمیت و در اولویت قرار گرفتند. مهم‌ترین نظریات پشتیبانی‌کننده از این شاخص‌ها عبارت‌اند از: نظریه مزیت رقابتی ملی بُعد شرایط تقاضا (ناتورادی، ۲۰۱۵)، مدل مجمع جهانی اقتصاد بُعد رقابت‌پذیری قیمت (شواب، ۲۰۱۷)، و مدل گیلبرت (گیلبرت، ۱۹۸۴). یه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای مبتنی بر نظریه رانشی کششی چارچوبی برای انگیزه‌های گردشگران درمانی ارائه داده‌اند. به عقیده این محققان انگیزه‌های گردشگران درمانی متفاوت از گردشگران معمولی و بیشتر معطوف به عوامل پزشکی است. یکی از این عوامل انگیزشی در نظر گرفته شده هزینه‌هاست.

در این مطالعه عوامل درمانی شامل شاخص‌های درمان‌های طبیعی، سنتی، و پزشکی با ۲۲ زیرشاخص می‌شود. در این میان زیرشاخص‌های ناباروری، پیوند اعضا، خدمات ارتوپدی (بازتوانی و تعویض مفصل)، جراحی‌های زیبایی، و خدمات گوارش در اولویت اول و قلب و عروق، دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی در اولویت دوم، و سپس به ترتیب انواع آب‌درمانی گیاه‌درمانی، و برخورداری از آب و هوای کوهستان حائز اهمیت جهت گسترش دهکده‌های سلامت از نظر خبرگان واقع شدند. مهم‌ترین نظریات پشتیبانی‌کننده از شاخص درمان‌های طبیعی (انواع آب‌درمانی، گل‌درمانی، لجن‌درمانی، نمک‌درمانی، برخورداری از آب و هوای کوهستان، آفتاب‌درمانی) نظریه تنظیم گرمایی، نظریه بازسازی مجدد ذخایر انرژی، نظریه حفظ انرژی بدن (داداش‌پور و همکاران، ۱۳۹۲) و نظریه نیلز فینسن (۱۹۰۳) (سلیمی و احمدیان، ۱۳۹۲) می‌باشند. در بحث درمان‌های سنتی (گیاه‌درمانی، زالودرمانی، آروماتراپی، ماساژدرمانی، و طب سوزنی) برخورد کل‌نگر به فرد بیمار (فلسفه جامع)، مکتب طب اخلاطی (خون، بلغم، سودا، و صفرا)، نظریه‌ها و تجارب بومی فرهنگ‌های متفاوت (سالاروند، ۱۳۹۱)، نظریه تطابق در فرهنگ چینی و نظریه تعادل yin-yang (هیونگ، ۲۰۰۹) می‌توانند به‌عنوان نظریات پشتیبانی‌کننده در نظر گرفته شوند. نظریه‌های زیست-پزشکی (شافت، ۱۹۹۳؛ تاگارد، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹) نیز برای درمان‌های پزشکی می‌تواند حائز اهمیت باشد. وراستورن و بیسی-زی (۲۰۱۰) به ارائه یک الگوی کلی جهت شناسایی و تجزیه و تحلیل محرک‌های بین‌المللی در خدمات پزشکی و بیمارستان‌های بین‌المللی پرداخته‌اند. در الگوی ارائه‌شده عوامل فشار من جمله در دسترس نبودن درمان جدید باعث تجربه خدمات پزشکی در خارج از کشور می‌شود.

از بین زیرشاخص‌های مربوط به پدافند غیرعامل جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار و تأمین امنیت روانی-اجتماعی مردم محلی به ترتیب دارای اهمیت بیشتری جهت توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی در ایران قرار گرفتند. مهم‌ترین نظریات و مدل‌های پشتیبانی‌کننده از این شاخص نیز مدل دوایر و کیم بُعد اجتماعی (دوایر و کیم، ۲۰۰۳)، مدل لپ و گیسون (۲۰۰۳)، (یاوری و منصوری مؤید، ۱۳۹۶: ۲۴) می‌باشند.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه در رویکرد کیفی به شناسایی و تدوین شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی در قالب ۱۹ شاخص و ۱۰۵ زیرشاخص با استفاده از روش تحلیل محتوا و بهره‌گیری از پانل خبرگان و با در نظر گرفتن ابعاد کیفیت، دسترسی، زیربنایی و مقررات، ارتباطات و بازاریابی، عوامل محیطی، هزینه‌های معقول، نوع درمان، و پدافند غیرعامل منجر شد. با توجه به یافته‌های پژوهش، در بین شاخص‌های مورد مطالعه تأثیرپذیرترین شاخص‌ها تبلیغات و بازاریابی، کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و

پرستاران و تأثیرگذارترین شاخص‌ها موقعیت زیست‌محیطی و سیاست‌گذاری می‌باشند. شاخص‌های درمان‌های پزشکی، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران، هزینه‌های پزشکی، کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی، درمان‌های طبیعی، تبلیغات و بازاریابی، و دسترسی به اطلاعات پزشکی از اهمیت بیشتری نسبت به سایر عوامل از دید خبرگان برخوردار بودند. همچنین، مهم‌ترین زیرشاخص‌ها عبارت بودند از امنیت گردشگری، کیفیت مراقبت پزشکان و پرستاران، تجهیزات پیشرفته، تخصص پزشک در بُعد کیفیت، دسترسی الکترونیکی به پیگیری درمان، دسترسی به آمار گردشگران سلامت برای برنامه‌ریزی مسئولان این بخش از گردشگری، دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌های پزشکی در بُعد دسترسی، وضعیت مناسب پروازهای داخلی و خارجی، قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، قوانین مربوط به خطاهای پزشکی، سیاست‌های تبلیغاتی‌ها در بُعد عوامل زیربنایی و مقررات، برندینگ، همکاری‌های بین سازمانی و بین بخشی، بسته گردشگری در بُعد ارتباطات و بازاریابی، شناخت فرهنگی، کیفیت هوا، کیفیت آب در بُعد عوامل محیطی، هزینه‌های جراحی، دارو، حق ویزیت، سفر و حمل و نقل و محل اقامت در بُعد هزینه‌های معقول، درمان‌های ناباوروری، پیوند اعضا، خدمات ارتوپدی (بازتوانی و تعویض مفصل)، جراحی‌های زیبایی، خدمات گوارش و قلب و عروق، دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی، انواع آب‌درمانی، گیاه‌درمانی در بُعد نوع درمان، و جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار و تأمین امنیت روانی - اجتماعی مردم محلی در بُعد پدافند غیرعامل که در اولویت برای توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی در ایران قرار گرفتند.

برای گسترش دهکده‌های سلامت و توسعه گردشگری پزشکی در راستای یکپارچه‌سازی خدمات باید با در نظر گرفتن کلیه عوامل شناسایی‌شده توجه ویژه‌ای به عوامل فوق توسط مدیران، مسئولان، و حوزه‌های فعال گردشگری پزشکی صورت گیرد. برای این منظور مهم‌ترین راهبردها و استراتژی‌ها در آمیزه‌های مختلف و ابعاد قابل رقابت در حوزه گردشگری پزشکی در سطح جهان با توجه به نتایج تحقیق به ترتیب ذکر شده است:

بُعد کیفیت: بالابردن کیفیت ارائه خدمات و تسهیلات، بهبود فناوری، تجهیزات پزشکی، درمانی و گردشگری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و اماکن گردشگری، تلاش در جهت اخذ تأییدها و استانداردهای بین‌المللی از قبیل تأیید JCI و استانداردهای NCQA, ESQA ISO و اتخاذ تدابیری در جهت حمایت و جلوگیری از مهاجرت متخصصان و پزشکان و جلب همکاری متخصصان ایرانی خارج از کشور.

بُعد زیرساخت الکترونیکی: ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری به صورت مشترک برای گردشگران سلامت، راه‌اندازی وب‌سایت گردشگری پزشکی و درمانی، توسعه ارتباطات الکترونیکی برای دسترسی به پیگیری قبل از درمان و بعد از ترخیص، دسترسی به تعرفه‌های درمانی به‌ویژه برای بیماران خارجی با توجه به نوع بیماری آن‌ها برای حذف واسطه‌گری و دلالی دلالان.

بُعد امکانات خدماتی، تأسیساتی: توسعه زیرساخت‌ها و امکانات تسهیلاتی - خدماتی به‌ویژه توسعه حمل و نقل هوایی و راه‌اندازی پروازهای مستقیم به استان‌های کشور و کشورهای مبدأ گردشگری.

بُعد قوانین و مقررات: تدوین قوانین و راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی به‌ویژه برای مراقبت‌های پس از درمان و لزوم اجرای تعهدات مالی برخی سازمان‌های بیمه‌گر و رفع موانع انتقال بیمه بین‌المللی، رفع محدودیت‌های قانونی توسعه گردشگری پزشکی با تصویب قوانین مورد نیاز و جدید به علت نبودن گردشگری سلامت.

بُعد سیاست‌گذاری: تمهیدات مدیریتی لازم و ایجاد نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی و تدوین برنامه جامع و سیستماتیک جهت توسعه گردشگری سلامت و دنبال کردن

برنامه‌های کوتاه‌مدت، بلندمدت این حوزه، و اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در جهت کاهش تهدیدات و مقابله با تحریم‌های بین‌المللی.

بُعد بازاریابی: طراحی و تدوین استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان نظیر ایجاد نمایشگاه دائمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت، ارائه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت، اتخاذ تدابیری برای حضور فعال مراکز خدمات درمانی در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی، تولید بروشورهای تبلیغاتی به منظور آشنا کردن شاخص‌های گردشگری سلامت با نقاط مختلف ایران و دنیا، ایجاد ساختار مناسب در تبلیغات جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی، تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی برای استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو.

بُعد سیاست‌گذاری: تدوین سیاست‌های حمایتی دولت در بخش گردشگری پزشکی نظیر سرمایه‌گذاری کافی، ایجاد تسهیلات لازم و حمایت کافی برای ورود و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و جذب سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی و مجموعه‌های فعال در کسب‌وکار گردشگری پزشکی.

بُعد زبان و ارتباطات: فراهم کردن دوره‌های آموزشی نظیر گواهینامه بین‌المللی، توانایی صحبت به زبان‌های بین‌المللی و استفاده گسترده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای بهبود کیفیت خدمات و ارتباطات پزشکان، متخصصان و پرستاران در راستای ارتقای مهارت‌های علمی نیروی انسانی حرفه‌ای در سطح جهانی، و به‌کارگیری مترجم به زبان‌های بین‌المللی و کشور مولد گردشگر در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در بخش گردشگری پزشکی.

بُعد پدافند غیرعامل: طراحی نظام اطلاع‌رسانی داخلی جهت کنترل جو روانی و حساسیت‌های اجتماعی و لزوم احداث مراکز یا شیفت‌های جداگانه جهت گردشگران پزشکی، پوشش روانی بیماران، و ارائه خدمات مشاوره‌ای به بیماران در طول دوره درمان و بعد از آن به‌ویژه بیماران قشر ضعیف داخلی.

بُعد زبان و ارتباطات: همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی کشورهای همسایه و مبدأ گردشگری پزشکی جهت انعقاد قرارداد همکاری در راستای تسهیل ورود و خروج و صدور ویزای پزشکی گردشگران، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بین‌المللی، تأسیس شرکت‌های گردشگری پزشکی در کشورهای هدف (جهت بازاریابی، جذب، کاهش هزینه‌ها، و مشکلات این گردشگران)، و ارتباط با رسانه‌های برون‌مرزی برای شناساندن و تبلیغ قابلیت‌ها و ظرفیت‌های صنعت گردشگری پزشکی.

بُعد سیاست‌گذاری: تدوین سیاست‌های نظارتی قوی و کافی دولت و پلیس در بخش گردشگری پزشکی و توسعه آژانس‌های گردشگری پزشکی برای حذف مافیای گمرک مرزی، رشوه‌گیری، و تبانی در بخش بهداشت و درمان.

بُعد زبان و ارتباطات: تنش‌زدایی و توسعه روابط دوستانه با کشورهای جهان به‌ویژه همسایگان و شناساندن فرهنگ و تمدن ایران جهت مقابله با تبلیغات منفی و ارائه تصویری تحریف‌شده از ایران در رسانه‌های خارجی.

بُعد پدافند غیرعامل: ایجاد مراکز تشخیص درمانی اولیه و غربالگری (پاراکلینیک) مجهز در شهرهای مرزی برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیردار به مراکز استان‌ها و کشور.

با توجه به اینکه چارچوبی از شاخص‌ها تحت عنوان شاخص‌های دهکده‌های سلامت در راستای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد ارائه خدمات یکپارچه در این پژوهش تدوین شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی وضعیت مقاصد مهم گردشگری پزشکی در ایران از نظر این شاخص‌ها برای گسترش دهکده‌های سلامت جدید و بررسی وضعیت دهکده‌های موجود ارزیابی شود.

### سپاس‌گزاری

این پژوهش در چارچوب طرح پژوهشی با عنوان «آمایش سرزمین و راهبردهای گسترش دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی در ایران» به شماره ۹۷۰۰۱۹۳۴ صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران است. همه حقوق مادی و معنوی این اثر مربوط به صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران و دانشگاه اصفهان است.



## منابع

۱. داداش‌پور، امیر؛ محمدی، رسول و داداش‌پور، علی، ۱۳۹۲، بررسی تأثیر یک دوره تمرین در آب بر کیفیت خواب مردان سالمند، مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی بزد، دوره ۲۱، ش ۳، صص ۳۰۰-۳۱۰.
۲. سالاروند، شهین، ۱۳۹۱، مروری کامل بر امور طبیعی در مبانی نظری طب سنتی ایران، مجله طب سنتی اسلام و ایران، س ۳، ش ۳، صص ۲۵۱-۲۶۲.
۳. سلیمی، اعظم و احمدیان، علیرضا، ۱۳۹۲، اثربخشی فوتوتوریسم در کنترل علائم اختلال افسردگی فصلی، فصل‌نامه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، س ۱۳، ش ۲۸، صص ۱۹۱-۲۱۵.
۴. طباطبایی، سیدمحمد؛ نوری، ابوالفضل؛ محمد نوری، زهره و حشمتی، فرزانه، ۱۳۹۳، گونه‌شناسی مشتریان در گردشگری پزشکی، فصل‌نامه علمی - پژوهشی مطالعات مدیریت گردشگری، س ۸، ش ۲۶، صص ۵۳-۷۶.
۵. قاسمی یالغوز آغاچ، اکبر؛ اسدزاده، احمد؛ ایمانی خوشخو، محمدحسین و جبارزاده، یونس، ۱۳۹۶، ارزیابی عوامل جذب گردشگران درمانی با رویکرد تصمیم‌گیری چندمعیاره ترکیبی فازی (مطالعه موردی: استان آذربایجان شرقی)، فصل‌نامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، س ۶، ش ۳، صص ۳۹-۵۷.
۶. قلی‌پور سوته، رحمت‌الله؛ امیری، مجتبی؛ ضرغام بروجنی، حمید و کیانی فیض‌آبادی، زهره، ۱۳۹۷، بررسی راهکارها و ابزارهای سیاستی توسعه گردشگری پزشکی در ایران، فصل‌نامه سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۴، ش ۴، صص ۲۹-۵۳.
۷. گودرزی، مجید؛ تقوایی، مسعود و زنگی‌آبادی، علی، ۱۳۹۳، توسعه گردشگری پزشکی داخلی در شهر شیراز، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۱، ش ۴، صص ۴۸۵-۴۹۶.
۸. لوح موسوی، سیدعلیرضا؛ تقوایی، مسعود؛ وسیلی، محمدرضا و زارع، محمدحسین، ۱۳۹۶، شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مرتبط با مکان‌یابی دهکده‌های سلامت: مطالعه موردی استان اصفهان، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۴، ش ۳، صص ۹۶-۱۰۲.
۹. ناصرپور، مهرداد؛ موسوی، سیدنجم‌الدین و سپهوند، رضا، ۱۳۹۷، بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت، فصل‌نامه علمی - پژوهشی گردشگری و توسعه، س ۷، ش ۳، صص ۱۹۵-۲۱۲.
۱۰. وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۸.
۱۱. یآوری گهر، فاطمه و منصوری مؤید، فرشته، ۱۳۹۶، مدیریت بحران در صنعت گردشگری، مطالعات مدیریت گردشگری، دوره ۱۲، ش ۴۰، صص ۲۱-۴۰.
12. Bahar, O. and Kozak, M., 2007, Advancing Destination Competitiveness Research, *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 22(2), 61-71.
13. Bookman, M. Z. and Bookman, K. R., 2007, *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
14. Carrera, P. M. and Bridges, F. P., 2006, Globalization and healthcare: Understanding health care and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6(4), 447-454.
15. Connell, J., 2006, Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093 -1100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>.
16. Connell, J., 2011, *Medical Tourism*, Oxfordshire: CAB International.
17. Cook, P. S., 2010, Constructions and experiences of authenticity in medical tourism: The performances of places, spaces, practices, objects and bodies. *Tourist Studies*, 10(2), 135-153
18. Crouch, G., 2007, *Modelling Destination Competitiveness, A survey and Analysis of the Impact of competitiveness Attributes*, Sustainable Tourism Pty Ltd, Australia.
19. Dadashpoor, A.; Mohammadi, R. and Dadashpoor, A., 2013, Investigating Effect of a Period of Water Exercise on Sleep Quality in Male Elders. *JSSU*, 21(3), 300-310. [Persian]
20. Debra, S. Sandberg, 2017, Medical tourism: An emerging global healthcare industry, *International Journal of Healthcare Management*.
21. Dilber, U. and Anadol, Y., 2016, A case study for medical tourism: investigating a private hospital venture in Turkey, *Anatolia, (An International Journal of Tourism and Hospitality Research)*, 27(3), 327-338.
22. Dwyer, L. and Kim, C., 2003, Destination competitiveness: Determinants and indicators. *Current Issues in Tourism*, 6(5), 369-414.

23. Eugenia, Panfiluk, 2016, Aesthetic medicine tourism – nature and scope of the services Engineering Management in *Production and Services*, 8(1), 71-79.
24. Fetscherin, M. and Stephano, R.M., 2016, The medical tourism index: Scale development and validation, *Tourism Management*, 52, 539-556.
25. Ghasemi Yalghouzaghaj, A.; Asadzadeh, A.; Imani Khoshkhoo, M.H. and Jabarzadeh, Y., 2017, Evaluation of Medical Tourism Attraction Factors with Fuzzy Combined Multi-criteria Decision Making Approach (Case Study: East Azarbaijan Province) *Tourism and Development*, 6(3), 39-57. [Persian]
26. Gholipour, R.; Amiri, M.; Zargham Boroujeni, H. and Kiani Feizabadi, Z., 2019, Investigating the Solutions and Policy Instruments of Medical Tourism Development in Iran, *Public Policy*, 4(4), 29-53. [Persian]
27. Gilbert, D., 1984, *The need for countries to differentiate their tourist product and how to do so*. Seminar papers: Tourism managing for results. University of Surrey, Guildford.
28. Goodarzi, M.; Taghvaei, M. and Zangiabadi, A., 2014, Developing of Domestic Medical Tourism in Shiraz, *Health Information Management*, 11(4), (serial No 38), 485-496. [Persian]
29. Hall, M., 2011, Publish and perish? Bibliometric analysis, journal ranking and the assessment of research quality in tourism. *Tourism Management*, 32(1), 16-27.
30. Henderson, J. C., 2004, Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism review International*, 7(3-4), 111-121.
31. Heung, VC.; Kucukusta, D. and Song, H., 2011, Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Manage*, 32, 995-1005.
32. Horowitz, M.; Rosensweig, J. and Jones, C.A., 2007, Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace, *Meds cape General Medicine*, 9(4), 33-42.
33. Huang, W.; Kutner, N. and Bliwise, D. L., 2009. A systematic review of the effects of acupuncture in treating insomnia, *Sleep Medicine Reviews*, 13, 73-104.
34. IMTJ, 2018, Medical Travel and Tourism, Global Market Report, First Edition. *International medical travel journal*. Available from: <https://www.imtj.com>
35. Japanese Institute of Tourism Research, 2010, *Handbook of Health Tourism; Japanese Institute of Tourism Research*: Tokay, Japanese.
36. Joohyun Lee Hong-bumm Kim, 2015, Success factors of health tourism: cases of Asian tourism cities, *International Journal of Tourism Cities*, 1(3), 216-233.
37. Junio, M.M.V.; Kim, J. H. and Lee, T.J., 2016, Competitiveness attributes of a medical tourism destination: The case of South Korea with importance-performance analysis, *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 34, 444 - 460.
38. Lee, C. W. and Li, C., 2019, The Process of Constructing a Health Tourism Destination Index. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 45-79.
39. Lepp, A. and Gibson, H. 2003, Tourist roles, perceived risk and international tourism. *Annals of Tourism Research*, 30, 606–624. Liang, ZX; Hui, TK and Sea, PZ., 2017, Is price most important? Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism Geographies*, 19(5), 823-847.
40. Loh-Mousavi, S.A.R.; Taghvaei, M.; Vasili, M.R. and Zare, M.H., 2017, Identification and Ranking of Criteria Related to Location Decisions of Health Villages; A Case Study for Isfahan Province, Iran, *Health Information Management*, 14(3), (SERIAL NO 55), 96-102. [Persian]
41. Lunt, N. and Carrera, P., 2010, Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturities*, 66(1), 27-32. doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.017.
42. Mahdavi Y. et al., 2013, The Factors in Development of Health Tourism in Iran, *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(3), 113-118.
43. Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Health Tourism Office, 2019. [Persian]
44. Mueller, H. and Kaufmann, E.L., 2001, Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Health Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry. *J. Vacat. Mark*, 7, 5-17.
45. Naserpour, M.; Muosavi, S.N. and Sepahvand, R., 2019, Effect of non-medical Factors on Health, *Tourism Development*, 7(3), Serial Number 16, 195-212. [Persian]
46. Nutworadee, K., 2015, Motivation and Decision on Medical Tourism Service in Thailand, *Rev. Integr. Bus. Econ. Res.* 4(3), 173-182. Panfiluk, E., 2016, Aesthetic medicine tourism – nature and

- scope of the services Engineering Management in Production and Services Volume 8: Issue 1 p.p. 71-79
47. Pike, S., 2004, *Destination Marketing Organizations*, Oxford: Elsevier.
  48. Poon, A., 1993, *Tourism, Technology, and Competitive Strategy*, Wallingford: CAB International.
  49. Porter, M.E., 1990, *The Competitive Advantage of Nations*, New York, NY: Free Press.
  50. Ricafort, K.M.F., 2011, *A Study of Influencing Factors That Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination (Master Disertation)*, Webster University, Cham, Thailand.
  51. Salarvand, S., 2012, Comprehensive Theoretical overview of Natural things (Tbyyh Affairs) in Iranian traditional medicine. *Jiitm*, 3(3), 251-262. [Persian]
  52. Salimi, A. and Ahmadian, A.R., 2013, Effectiveness of Phototourism in control of seasonal affective disorder symptom, *Journal of Geographical*, 13(28), 191-215. [Persian]
  53. Sarwar, A. A., Manaf, N. A., & Omar, A., 2012, Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective, *Iranian J Publ Health*, 41(8), 1-7.
  54. Schaffner, K.F., 1993, *Discovery and explanation in biology and medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
  55. Schwab, K., 2017, *The Global Competitiveness Report 2017-2018*, World Economic Forum, Geneva, Switzerland.
  56. Smith, P.C. and Forgione, D.A., 2007, Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *J Inform Technol Case Appl Res*, 9, 19-30.
  57. Smith, M. and Puczko, L., 2009, *Health and wellness tourism*. Oxford: Jordan Hill.
  58. Strübing, J., 2014, Was IST grounded theory? Grounded theory (pp. 9-35). Springer. Available at: <https://www.springer.com/gp/book/9783531198965>.
  59. Tabatabaeinasab, S.; Nouri, A.; Mohammadnabi, Z. and Heshmati, F., 2015, Customers' typology in medical tourism. *Tourism Management Studies*, 9(26), 60-82. [Persian]
  60. Thagard, P., 1999, *How scientists explain disease*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
  61. Thagard, P., 1996, The concept of disease: Structure and change. *Communication and Cognition*, 29, 445-478.
  62. Thilagavathi, K. and Shankar, C., 2013, *Medical Tourism Research: A Conceptual Framework of Emerging Business Strategies In Healthcare Industry*, Proceedings of International Conference on Tourism Development.
  63. TRAM (tourism research and marketing), 2006, *Medical Tourism: a global analysis*. a report by tourism research and marketing. Netherlands: Atlas publication.
  64. Turner, L., 2011, Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients. *International hospitals and the search for affordable health care*. 40(3), 443-467.
  65. Ulaş, D., and Anadol, Y., 2016, A case study for medical tourism: Investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia*, 27(3), 327-338.
  66. Upadhyaya, M., and Swoni, S., 2008, The growth and development of Indian global healthcare destinations. *Journal of Marketing & Communication*, 4(2), 81-88.
  67. Veerasoontorn, R. and Beise-Zee, R., 2010, International hospital outshopping: A staged model of push and pull factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 247-264.
  68. Yang, Yung-Sheng, 2013, Key Success Factors in Medical Tourism Marketing, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3).
  69. Yavari Gohar, F. and Mansouri Moayed, F., 2017, Tourism Crisis Management. *Tourism Management Studies*, 2017; 12(40): 21-40. doi: 10.22054/tms.2018.15614.1439 [Persian]
  70. Ye, B. H.; Qiu, H. Z. and Yuen, P. P., 2011, Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32, 1125-1127. doi:10.1016/j.tourman.2010.09.018.
  71. Ye, B. H.; Yuen, P. P.; Qiu, H. Z. and Zhang, V. H., 2008, Motivation of medical tourists: An exploratory case study of Hong Kong medical tourists. *Paper presented at the Asia Pacific Tourism Association (APTA) Annual Conference*, Bangkok, Thailand.

72. Yeoh, E.; Othman, K. and Ahmad, H., 2013, Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34, 196-201. doi:10.1016/j.tourman.2012.04.010.
73. Yu, J. Y. and KO, T. G., 2012, A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33, 80-88.